



Pensionskasse SAV
Postfach 6124
Rue Pedro-Meylan 7
1211 Genf 6

Tel.: 058 255 30 80
Fax: 058 255 30 89
info@pksav.ch
www.pksav.ch

Zur internen Nutzung

Versichertennummer: _____

Vorbearbeitung: _____

Mupe ok: _____

Austrittsmeldung

Ist bei Austritt der versicherten Person unverzüglich an die Kasse zu senden.

Arbeitgeber

Firmenname: _____ Arbeitgebernummer: _____

Strasse, Nr.: _____ Ansprechpartner: _____

PLZ / Ort: _____ Telefonnummer: _____

Versicherter

Versichertennummer: _____

Nachname: _____ Vorname: _____

Zuletzt bekannte Kontaktdaten:

Strasse, Nr.: _____ Telefonnummer: _____

PLZ / Ort: _____ E-Mail: _____

Austritt

Austrittsdatum: _____

AHV-Bruttolohn: CHF _____ von _____ bis _____

Bitte den im Verlauf des Kalenderjahrs tatsächlich bezogenen AHV-Bruttolohn ausschliesslich für den Zeitraum des Anschlusses an die Kasse angeben.

Hat der Versicherte in diesem Zeitraum Erwerbsersatzleistungen bezogen?

ja nein

Bei Mutterschaftsurlaub, Angabe des Tags der Niederkunft: _____

Reduziert sich der tatsächlich bezogene AHV-Bruttolohn des Arbeitnehmers vorübergehend wegen Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Mutterschaft oder aufgrund sonstiger vergleichbarer Ereignisse, wird der versicherte Lohn beibehalten.

Fragen zum Gesundheitszustand

Ist der Versicherte vollständig arbeitsfähig bzw. erwerbsfähig?

ja nein, seit dem _____

Hat der Versicherte bei der Invalidenversicherung Leistungen beantragt?

ja nein

Der Unterzeichner dieses Dokumentes versichert, dass seine Angaben vollständig und richtig sind. Bei unvollständig oder unrichtig gemachten Angaben kann die Kasse im Rahmen der bestehenden Gesetze und/oder des Reglements Schadensersatzansprüche geltend machen.

Ort und Datum: _____ Unterschrift des Arbeitgebers: _____